

# Indicadores de qualidade ambiental para hospitais-dia

*Environmental quality indicators for day-hospitals*

Patrícia Biasi Cavalcanti  
Giselle Arteiro Nielsen Azevedo  
Vera Helena Moro Bins Ely

## Resumo

O presente artigo apresenta os resultados de visitas exploratórias realizadas em 31 unidades de hospital-dia e de quimioterapia do Rio de Janeiro, São Paulo e Florianópolis. Esta pesquisa teve como objetivo definir aspectos determinantes da qualidade ambiental e da apropriação na percepção de seus usuários. Foram realizadas observações diretas e entrevistas semi-estruturadas, focando em aspectos organizacionais, perceptivos, comportamentais e ambientais. O trabalho fundamenta-se no conceito de distrações positivas, interpretando-o como a possibilidade de proporcionar uma postura mais ativa ao paciente de forma que ele possa desviar seu pensamento do processo de tratamento e da própria dor. As visitas confirmaram que os ambientes de hospital-dia não costumam estar capacitados para atividades de interesse dos pacientes. Além disto, os resultados permitiram identificar atributos ambientais de grande relevância para os usuários, tais como: privacidade, controle das condições ambientais, polivalência e variabilidade da organização e arranjos espaciais. Estes resultados podem assim contribuir para a humanização destes ambientes. Discute-se sobre a possibilidade de que o hospital-dia torne-se uma extensão dos locais que o indivíduo vivencia em seu cotidiano, permitindo usos que são parte de sua rotina.

**Palavras-chave:** Hospital-dia. Apropriação de espaços. Qualidade ambiental. Percepção ambiental.

## Abstract

*This article presents the results of exploratory visits made to 31 day-hospital and chemotherapy units in Rio de Janeiro, São Paulo, and Florianópolis. The aim of this study was to determine key aspects of environmental quality and patients' perception of belonging to that space. Direct observations and semi-structured interviews were carried out, focusing on organizational, perceptual, behavioral, and environmental aspects. The study was based on the concept of positive distractions, which is interpreted as an environment that supports an active attitude by the patients, in order to allow them to divert their thoughts from the treatment process and pain. The visits confirmed that the day-hospital environments are not usually prepared to provide activities that interest patients. Moreover, environmental attributes considered to be important by the patients were identified, such as privacy, control of environmental conditions, spatial arrangement variability and multiplicity. Such results may contribute to humanize the hospital setting. The paper also discusses the possibility of day-hospital units becoming an extension of the places that individuals experience in their daily lives, allowing uses that are part of their routine.*

**Keywords:** Day-hospital. Place belonging. Environmental quality. Environmental perception.

Patrícia Biasi Cavalcanti  
Centro de Ciências  
Tecnológicas da Terra e do Mar  
UNIVALI  
5 Avenida, s/n, sala do ETAU  
Municípios, Balneário Camboriu  
– SC – Brasil  
CEP 88330-000  
Tel.: (47) 3261-1219  
E-mail: patibiasi@yahoo.comr

Giselle Arteiro Nielsen  
Azevedo  
Universidade Federal do Rio de  
Janeiro  
Av. Brigadeiro Trompovski, s/n  
sala 443, Cid. Universitária  
Ilha do Fundão, Rio de Janeiro  
– RJ – Brasil  
CEP 21941-590  
Tel.: (21) 2598-1663  
E-mail:  
gisellearteiro@globo.com

Vera Helena Moro Bins Ely  
Departamento de Arquitetura,  
Centro Tecnológico  
Universidade Federal de Santa  
Catarina  
Campus Universitário  
Trindade, Florianópolis – SC –  
Brasil  
CEP 88040-900  
Tel.: (48) 3319-393  
E-mail: vera.binsely@gmail.com

Recebido em 02/02/09  
Aceito em 17/05/09

## Introdução

As pessoas tendem a ficar abaladas emocionalmente quando se encontram doentes, e o estranhamento em relação ao ambiente hospitalar pode acentuar esse processo, do mesmo modo que um ambiente acolhedor pode aliviá-lo. O medo da dor, do prognóstico e dos efeitos colaterais são algumas das preocupações comuns para pacientes e acompanhantes, e a possibilidade de distrair-se poderia amenizar sensivelmente o estresse daí oriundo. Acredita-se que, quando o ambiente dá condições para a realização de atividades de interesse dos pacientes, favorece-se sua apropriação e uma experiência mais satisfatória (CABE, 2006; NHS, 2005a, 2005b; ULRICH, 1995; ULRICH; ZIMRING, 2007).

Porém, incorporar necessidades dos usuários ao projeto de edificações hospitalares é tarefa complexa, tendo em vista suas inúmeras condicionantes. Além disso, é raro que, para o desenvolvimento de projetos de grande porte na área da saúde, sejam consultadas as pessoas que futuramente utilizarão o edifício. Por essa razão, entende-se que pesquisas podem auxiliar muito a prática projetual, permitindo compreender algumas das aspirações dos usuários.

No caso dos hospitais-dia especificamente, um desafio adicional se apresenta aos arquitetos: raras são as publicações sobre o assunto, especialmente no país. Tendo em vista que seu aparecimento é recente, pouco se sabe sobre a organização dessas unidades, e inexistem avaliações sistemáticas desses locais, o que poderia orientar a prática projetual.

O aparecimento e a recente expansão do hospital-dia, além das vantagens financeiras para as instituições e os usuários, é também um reflexo do processo de humanização da saúde. Com ele, pacientes de diversas especialidades podem dirigir-se ao ambiente hospitalar, realizar o tratamento durante o dia e retornar para suas casas à noite, reduzindo a necessidade de internação, bem como minimizando o impacto negativo da estadia no hospital sobre sua saúde e rotina. Porém, com o aparecimento dessa nova modalidade de atendimento, surge um novo perfil de pacientes: ambulante, consciente e por vezes realizando tratamentos prolongados, ainda que não seja necessário o pernoite. Acredita-se que para esse público específico o ambiente deveria estar capacitado para uma maior variedade de usos, além das práticas terapêuticas.

Com esse trabalho, objetivou-se a definição de fatores determinantes da qualidade do ambiente de unidades de hospital-dia, com foco em sua

apropriação pelos pacientes. Considerando a escassez de literatura, o trabalho baseia-se na realização de visitas exploratórias a unidades de hospital-dia ou setores afins, por meio de observações diretas e de entrevistas semi-estruturadas. Visitaram-se instituições e clínicas localizadas em três capitais do país, de forma que os dados coletados não refletissem a realidade de um único local. Espera-se assim contribuir para o entendimento desses ambientes, facilitando a atuação dos profissionais envolvidos em sua concepção.

## Sentido de humanização como vivência e apropriação pelo paciente

Grande ênfase tem sido dada recentemente à imagem dos ambientes de saúde em publicações internacionais, especialmente norte-americanas, sugerindo que os mesmos se revistam da leitura de outras edificações como o ambiente residencial, hoteleiro ou de *shopping centers*, de forma a proporcionar sua humanização (CARPMAN; GRANT, 1993; KOPEC, 2006; PREISER; VISCHER; WHITE, 1991; RAWLINGS, 2006). No entanto, para além das questões de imagem, os hospitais norte-americanos também são locais pensados para a vivência, em especial a vivência do paciente. Além dos projetos, há importantes trabalhos científicos direcionados para esse enfoque.

Ulrich (1995) e Ulrich e Zimring (2007) definem como um dos aspectos de maior relevância em ambientes de saúde a possibilidade de desfrutar de distrações positivas. Distrações positivas são componentes do ambiente que desviam o pensamento do paciente em relação à doença, proporcionando algum bem-estar, de forma que este não se concentre exclusivamente na própria dor. As pesquisas conduzidas por esses autores têm comprovado objetivamente os efeitos de determinados aspectos da humanização do ambiente para a saúde humana, como, por exemplo, acelerando a alta hospitalar ou reduzindo a pressão sanguínea.

Para Ulrich (1995), as relações com a natureza, com animais de estimação e com rostos simpáticos e amigáveis – suporte social – são três das principais situações que constituem distrações positivas.

No entanto, entende-se aqui que o conceito de distrações positivas transcende essas três situações

e pode ser aplicado também a outros aspectos do ambiente que proporcionem alívio emocional ao indivíduo ou que satisfaçam necessidades práticas, como acomodações para visitantes ou mobiliário de suporte para pequenas refeições (CARPMAN; GRANT, 1993; KOPEC, 2006). Um ambiente que favoreça diferentes formas de uso e que contribua para que o paciente tenha uma postura ativa enquadra-se nessa perspectiva.

Cada pessoa tem seu modo de vida, e o ambiente hospitalar pode dar vazão à expressão de ao menos alguns de seus hábitos. Ajustar-se à totalidade dos usuários é realmente difícil, mas pode-se buscar o planejamento de ambientes que permitam algum nível de expressão pessoal (HEIMSTRA; MCFARLING, 1978).

Um último argumento em relação à necessidade de possibilitar uma postura mais ativa do paciente diz respeito ao ciclo circadiano, popularmente conhecido como relógio biológico. De acordo com o geriatra Vanir Cardoso (informação verbal)<sup>1</sup>, se pacientes são estimulados a permanecer ociosos ou repousando durante o dia, podem ocorrer alterações em sua rotina de sono, causando distúrbios como a insônia durante a noite e problemas psicológicos.

A despeito disso, passividade e inatividade são situações comuns aos pacientes. Mesmo quando há evidências de inadequações do ambiente para suas necessidades, os pacientes costumam não reivindicar ou realizar alterações para resolvê-las (ALVES, 2005; SOMMER, 1973; SOMMER; SOMMER, 1997).

Isso se deve ao fato de que se trata de lugares de domínio de quem os administra, assim como geralmente ocorre em edifícios institucionais. Essa situação se torna ainda mais evidente em estabelecimentos públicos onde, devido ao atendimento ser subsidiado pelo Estado, é reduzido o controle exercido pelo indivíduo. Nesses locais é comum que o paciente se sinta agradecido pela gratuidade dos serviços (ALVES, 2005) ou ainda que o paciente seja pouco exigente, em função das próprias limitações dos ambientes que ele vivencia em seu cotidiano, no caso de população de baixa renda.

Assim, a humanização dos ambientes de saúde, em um entendimento mais abrangente, deve compreender não apenas sua imagem como também sua vivência e apropriação. Corresponde à busca por entender o significado e a preferência desses lugares para seus usuários, e também capacitá-los para as atividades que lá se pretende

realizar. Essas atividades devem englobar tanto as de natureza mais prática, como o atendimento médico propriamente dito, quanto aspirações mais sutis, a exemplo do entretenimento de pacientes e acompanhantes.

Faz-se necessário transpor a concepção estritamente funcionalista do espaço, de ambientes pensados para um único fim, os quais limitam a manifestação espontânea de outros anseios. Faz-se necessário, também, transpor a concepção meramente formal ou imagética do ambiente, a qual não encerra em si todas as necessidades humanas. Imagem e vivência são duas dimensões distintas e complementares da humanização e apropriação do ambiente.

A apropriação passa pela vivência do ambiente, através da realização de ações (dormir, brincar, habitar, etc.) e pela atribuição de significados; e passa ainda pela identificação com ele, pelo modo como responde aos anseios dos usuários e reflete sua identidade (ALVES, 2005; COELHO, 2000; FISCHER, 1984).

Na medida em que o ambiente torna-se carregado de significados, cria-se um vínculo afetivo entre o indivíduo e ele. A apropriação corresponde à transformação do espaço em lugar. Nesse processo, os ambientes e os usuários interagem, e nessa interação modificam-se e constroem-se a si mesmos.

A boa arquitetura hospitalar, assim como a boa arquitetura, deve constituir cenários para a ação humana, locais que sejam facilmente apropriáveis e que contribuam para a expressão pessoal dos usuários e para sua identificação com o local.

## Método de pesquisa

Visando compreender como são as unidades de hospitais-dia no Brasil e quais os aspectos do ambiente relevantes para os usuários, buscou-se visitar o maior número possível delas nas cidades de Florianópolis, SC, Rio de Janeiro, RJ, e São Paulo, SP. As visitas ocorreram entre agosto de 2007 e janeiro de 2009, num total de 11 instituições de saúde do Rio de Janeiro, 11 de Florianópolis e 7 de São Paulo, com o consentimento esclarecido de seus responsáveis.

Tendo em vista que se buscava um entendimento inicial da organização dos hospitais-dia e do modo como eles dão suporte a atividades de interesse dos usuários, não foi aqui considerado o possível impacto sobre os resultados obtidos, das variáveis climáticas e ambientais das distintas cidades e épocas do ano nas quais se realizaram as visitas. Entendeu-se que nesse momento da pesquisa era

<sup>1</sup> Dado fornecido pelo médico em entrevista com uma das autoras.

mais relevante compor uma visão abrangente, ainda que introdutória, de como se tem espacializado esse novo modelo de atendimento de saúde no país, do que considerar as especificidades de cada local.

Foram visitados estabelecimentos de pequeno e grande portes que apresentassem um setor de hospital-dia ou com unidades que funcionassem de modo similar, já que se percebeu que nem sempre se adota essa nomenclatura. Esse é o caso, por exemplo, das clínicas particulares de quimioterapia, as quais apresentam organização semelhante à dos hospitais-dia, embora boa parte não seja denominada desse modo.

Nos 29 estabelecimentos visitados pôde-se conhecer 31 unidades de hospital-dia e de quimioterapia, pois em um único hospital havia 3 unidades distintas. Das 31 unidades, 7 são hospitais-dia cirúrgicos, destinados a procedimentos eletivos, pouco invasivos, de baixo risco e complexidade; 16 são hospitais-dia clínicos, sendo 7 de infectologia, 6 de quimioterapia ambulatorial, 2 com atendimento a várias especialidades, e 1 que presta apoio à hemodinâmica. Entre elas, 8 unidades visitadas correspondiam a setores de quimioterapia ambulatorial que não utilizam a nomenclatura hospital-dia.

Durante as visitas foram feitas observações diretas e exploratórias em relação à configuração ambiental das unidades. Por meio dessas, buscou-se compreender como elas se organizam espacialmente, rotinas de uso, e o modo como o ambiente dá suporte aos usuários. As observações foram anotadas em uma planilha de acordo com as seguintes categorias: ambientes que compõem a unidade, dimensões, *layout*, mobiliário, acabamentos, relação interior/exterior, condições gerais de conforto e principais atividades desempenhadas pelos funcionários e pelos pacientes. Além disso, foram feitos registros fotográficos quando autorizados pelas instituições, preservando-se sua identidade e a dos pacientes. Os resultados das observações foram sintetizados de forma a proporcionar uma compreensão de como se organizam espacialmente essas unidades.

Além das observações, foi realizada uma entrevista semi-estruturada com um funcionário – médico(a) ou enfermeiro(a) –, na busca por compreender questões operacionais (perfil de pacientes, especialidade médica, tipo de tratamento, tempo de permanência, entre outros), aspectos comportamentais como atividades que os pacientes poderiam desenvolver paralelamente ao tratamento, e ainda aspectos relativos à percepção

ambiental, como pontos positivos e negativos da unidade, e características a serem consideradas em projetos futuros. Optou-se pela realização de uma única entrevista em cada unidade, já que se buscava traçar um panorama nacional, em detrimento de se ter uma avaliação detalhada de cada local. A maioria das perguntas previa respostas abertas, de forma a evitar seu direcionamento, e a interpretação dos dados se deu por meio de análise de conteúdo.

Buscou-se ainda o aprofundamento na revisão de literatura para dar suporte à discussão dos resultados.

Cabe mencionar que o presente trabalho é parte inicial de uma pesquisa de doutorado em desenvolvimento. A pesquisa tem cunho experimental, com uma abordagem interdisciplinar e qualitativa fundamentada nas linhas de Percepção Ambiental e Avaliação Pós-Ocupação, de forma a centrar-se no ponto de vista dos usuários.

## Resultados

### Observação do ambiente

Nas unidades cirúrgicas de hospital-dia visitadas confirmou-se que a organização espacial se dá de forma similar a um setor de internação de curta duração associado a um centro cirúrgico, como prevê a legislação RDC nº 50. Nessas, têm-se quartos privativos dispostos próximo a um posto de enfermagem, contando com espaços de apoio como sala de prescrição médica, sala de serviços, rouparia, depósito de material de limpeza, sala de utilidades, recepção, entre outros (Figuras 1 e 2). Os quartos costumam dispor de banheiros exclusivos, leitos para os pacientes, uma poltrona para acompanhantes, e, em se tratando de clínicas privadas, encontra-se com frequência frigobar, televisão, armário, escrivaninha e eventualmente ponto de conexão com a internet.

A predominância de apartamentos privativos em relação a ambientes coletivos se justifica por proporcionar privacidade e conforto, e pela redução do risco de contração de infecção hospitalar (CHAUDHURY; MAHMOOD; VALENTE, 2005).

Nos hospitais-dia clínicos observou-se uma organização diferente da dos cirúrgicos. Em sua grande maioria, tem-se como ambiente principal da unidade um salão de atendimento coletivo, com um posto de enfermagem e com até vinte poltronas dispostas em seu perímetro. A predominância na adoção de poltronas em relação a camas provavelmente se deve à consciência de que o paciente tende a frequentar o local durante o dia e por um período considerável, bem como costuma estar desperto durante o tratamento.



Figura 1 - Quarto de internação de curta duração



Figura 2 -Sala cirúrgica de unidade de hospital-dia cirúrgica



Figura 3 - Unidade de quimioterapia ambulatorial



Figura 4 - Unidade de quimioterapia ambulatorial com leitos



Figura 5 - Unidade de quimioterapia ambulatorial organizada em quartos para três pacientes, com boxes individuais

Cinco unidades clínicas de hospital-dia dispunham de leitos e poltronas (Figuras 3 e 4). A existência de alguns leitos é positiva para aqueles que desejem repousar, como os pacientes que vêm do interior para o tratamento e se encontram cansados devido ao deslocamento. Há também aqueles que estão mais fragilizados fisicamente pela doença. A disponibilidade de ao menos uma maca facilita ainda a realização de procedimentos de emergência, difíceis de se conduzir com o paciente sentado.

Na maioria das unidades clínicas de hospital-dia não havia nenhuma forma de separação entre as poltronas dos salões coletivos de tratamento. São exceções cinco unidades visitadas, organizadas em ambientes privativos ou para até três pessoas. Também foram observadas em algumas dessas unidades outros cuidados raramente verificados nas demais, como sofá ou cadeira para visitantes, móvel para o paciente colocar objetos pessoais e ponto elétrico para utilização de computador e internet (Figura 5).

Assim como nas unidades cirúrgicas, os hospitais-dia clínicos, em sua maioria, dispõem de ambientes de apoio como sala de utilidades, depósito de material de limpeza, sanitários para pacientes, sanitários para funcionários, recepção e espera.

A grande maioria dos ambientes de hospital-dia, especialmente os clínicos, não dá suporte a muitas atividades para o entretenimento do paciente, e menos ainda do acompanhante, sendo comum encontrar para seu lazer apenas uma televisão disponível para todo o salão de atendimento. Além disso, observou-se que costuma haver pouca relação com o ambiente exterior. São frequentes nas unidades visitadas as janelas pequenas e altas, com uso continuado de ar-condicionado e iluminação artificial suplementar.

Constatou-se ainda, em muitas das instituições visitadas, que a unidade de hospital-dia é posterior ao hospital, sendo oriunda de uma

reforma, o que pode ter limitado o projeto arquitetônico. Esse fato assim como a escassez de recursos financeiros que caracteriza o setor público de saúde podem justificar por que o espaço em geral não dá suporte a atividades de interesse dos pacientes, caracterizando-se nas condições ambientais mínimas necessárias à realização dos tratamentos médicos.

## Entrevistas estruturadas

Através das entrevistas, buscou-se investigar o perfil das unidades de hospital-dia no contexto brasileiro, atividades desenvolvidas pelos usuários durante o tratamento, percepção ambiental do *staff* em relação a sua configuração atual e aspectos desejáveis ao ambiente para projetos futuros. Tendo em vista as diferenças expressivas entre hospitais-dia clínicos e cirúrgicos, os resultados foram tabulados separadamente. Embora haja variados tipos de hospitais-dia clínicos, sua observação evidenciou que sua organização e funcionamento são bastante parecidos, e por isso esses resultados não foram tabulados separadamente.

Dos estabelecimentos visitados, pode-se constatar que uma parcela expressiva dos hospitais-dia clínicos, 37%, foi criada no período de 1991 a 1995. A época de criação dos hospitais-dia cirúrgicos visitados distribui-se uniformemente ao longo dos anos 80, 90 e 2000.

Oitenta e sete por cento das unidades clínicas e 85% das unidades cirúrgicas de hospital-dia têm até 20 poltronas ou leitos de atendimento, isso é, predomina uma quantidade pequena de poltronas e leitos se comparado a de uma unidade tradicional de internação, embora o setor tenha uma elevada capacidade de atendimento, decorrente da alta rotatividade de pacientes.

A permanência no hospital-dia e a frequência de utilização variam de acordo com a especialidade médica e com o estágio de evolução da doença. Em 58% das unidades clínicas de hospital-dia

visitadas, os pacientes permanecem em média de 2 a 6 horas realizando o tratamento. Há pacientes que precisam ir diária, semanal, mensal, bimestral ou trimestralmente, durante meses, anos ou mesmo durante toda a vida. Nos hospitais-dia cirúrgicos, os pacientes costumam ir à unidade uma única vez, para a realização do procedimento, e sua permanência no local não se estende além de 24 horas (Figura 6). Assim, os usuários de hospital-dia clínicos se caracterizam por uma frequência de uso mais prolongada do que os cirúrgicos, potencializando um vínculo consistente entre o indivíduo e o ambiente.

Os pacientes de hospital-dia, tanto clínicos quanto cirúrgicos, foram definidos por unanimidade como sendo indivíduos conscientes

e ambulantes, sendo raros os casos em que muletas ou cadeiras de rodas se fazem necessárias. Em 66% das unidades clínicas de hospital-dia, os pacientes passam o tempo de tratamento acordados. Nos 34% restantes, foi comentado que o paciente ora está acordado, ora repousando. Já nos hospitais-dia cirúrgicos, o indivíduo encontra-se na unidade apenas o tempo suficiente para realizar o procedimento e recuperar-se. Assim, também nesse sentido, diferenciam-se as unidades clínicas e cirúrgicas, já que nestas últimas o paciente encontra-se sob o efeito de anestésicos, não sendo indicada a realização de muitas atividades além do repouso.

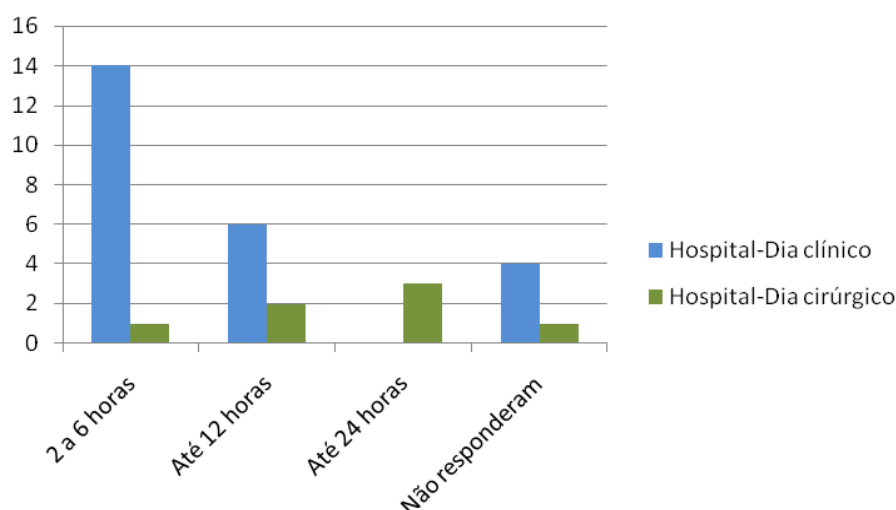


Figura 6 - Tempo de permanência do paciente em unidades clínicas e cirúrgicas de hospital-dia

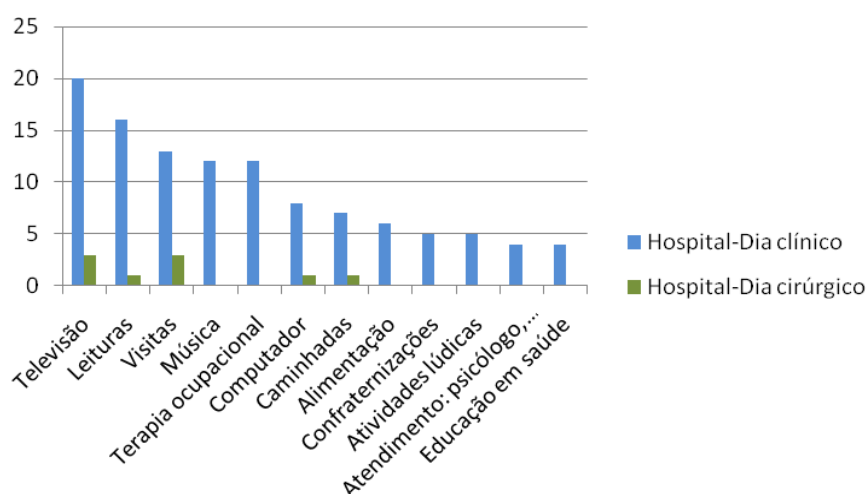


Figura 7 - Atividades possíveis de realização pelos pacientes paralelamente ao tratamento



Uma das perguntas referia-se a quais seriam as atividades que os pacientes poderiam desenvolver paralelamente ao tratamento, durante a permanência nas unidades. Buscava-se investigar as possibilidades de distrações positivas que fossem viáveis para usuários de hospital-dia, ainda que elas não estivessem ocorrendo nas instituições visitadas. Pode-se verificar que nos hospitais-dia cirúrgicos raras eram as atividades comentadas, justificando-se tal resposta pelo fato de que os pacientes se encontram em recuperação pós-operatória. Nos hospitais-dia clínicos, observou-se que as respostas mais frequentes tendiam para as atividades já implementadas, como assistir televisão ou DVD, realizar leituras e receber visitas ou acompanhantes.

Apesar disso, foi citada uma grande variedade de atividades possíveis para esse perfil de usuários, ainda que elas ocorram apenas esporadicamente nos locais visitados. Por ordem decrescente de frequência, foram comentadas: ouvir música; desenvolver terapia ocupacional; utilizar o computador; realizar pequenas caminhadas; alimentar-se; participar de atividades de confraternização; realizar atividades lúdicas; receber atendimento de assistente social, psicólogo ou nutricionista; e receber educação em saúde (Figura 7).

A grande maioria das atividades citadas não demanda muito esforço físico. Isso procede, já que tanto no caso de hospitais-dia para quimioterapia quanto de infectologia o tratamento frequentemente corresponde à infusão de medicação. Para boa parte dos pacientes, essa medicação é feita com punção periférica em uma das mãos, e movimentá-la pode ser complicado, causando dor ou deslocando esse ponto.

A pergunta seguinte referia-se à percepção ambiental dos entrevistados, com relação aos aspectos positivos da unidade em que se encontravam. Nos hospitais-dia clínicos foram destacados positivamente o dimensionamento amplo de alguns ambientes, a disponibilidade de iluminação e ventilação natural e a privacidade do paciente, quando da organização do ambiente em boxes individuais (Figura 8). Nos hospitais-dia cirúrgicos destacaram-se o conforto proporcionado pelo mobiliário e equipamentos, e a possibilidade de contemplar ou utilizar área verde externa.

Na última pergunta da entrevista solicitava-se ao usuário que descrevesse brevemente como seria o

ambiente ideal de um hospital-dia, no caso de um projeto futuro. O dimensionamento amplo foi o aspecto apontado nos hospitais-dia clínicos e um dos mais apontados nos cirúrgicos, representando 20% e 36% de todas as sugestões feitas pelos entrevistados respectivamente (Figura 9). Sua importância foi justificada no sentido de que ele permitiria a acomodação de visitantes, facilitaria a atuação do *staff* e a movimentação dos usuários com autonomia e conforto. A integração interior/exterior foi o segundo aspecto mais apontado nas unidades clínicas, representando 18% das respostas. A existência de um jardim ou solário foi sugerida no sentido de possibilitar que parte do tratamento ocorresse ao ar livre, assim como refeições, momentos de descanso e isolamento, e conversas privativas com acompanhantes. Também foi muito apontada a questão de se dispor de janelas amplas que proporcionassem visuais agradáveis para áreas externas, bem como assegurassem iluminação e ventilação natural. O terceiro aspecto mais comentado em unidades clínicas de hospital-dia, totalizando 10% das respostas, foi a capacitação do ambiente para refeições, mediante uma copa dentro da unidade ou mesmo uma mesa dentro do salão de medicação. Outros aspectos comentados em hospitais-dia clínicos foram: proporcionar uma imagem mais humanizada ao ambiente; capacitar o ambiente para a ocorrência de atividades lúdicas e educativas; e dispor de aparelho televisor, com programação de canais a cabo e DVD. Por fim, o planejamento adequado do posto de enfermagem, de forma a garantir o controle visual dos pacientes e a fácil atuação do *staff*, foi uma sugestão presente tanto nos hospitais-dia clínicos quanto cirúrgicos.

Muitas outras soluções e recomendações projetuais foram ainda apontadas nas respostas, porém em frequência menor. Algumas dessas recomendações eram descritas de forma conceitual, mas em sua maioria foram sugeridas soluções projetuais específicas, como dispor de música para os pacientes, por meio de fones de ouvido, de forma que fosse possível a eles controlar seu uso. Na análise e discussão posterior dos resultados buscou-se elaborar uma categorização mais abrangente, de forma a não ter como produto do trabalho recomendações projetuais rígidas, mas sim alguns princípios conceituais exemplificados por meio das soluções apontadas, conforme apresentadas a seguir.



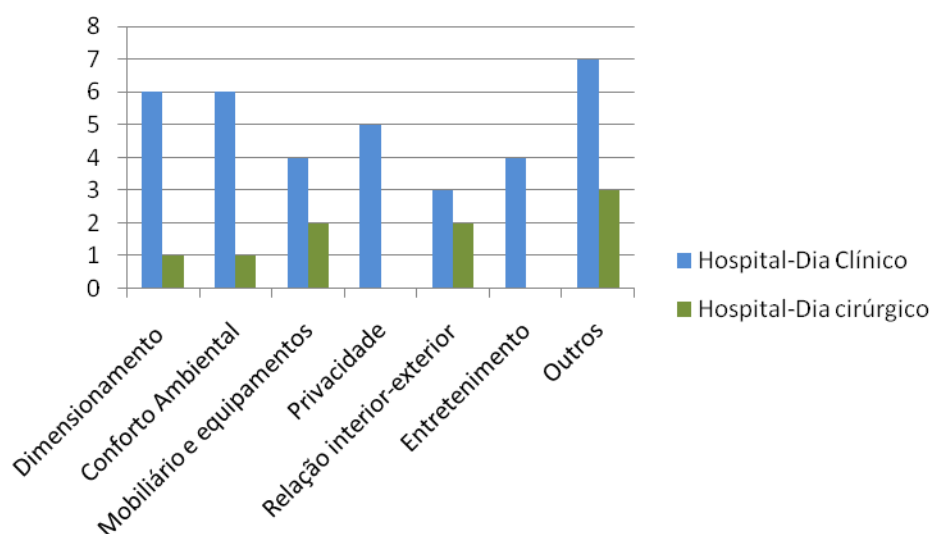


Figura 8 - Aspectos positivos encontrados nas unidades visitadas

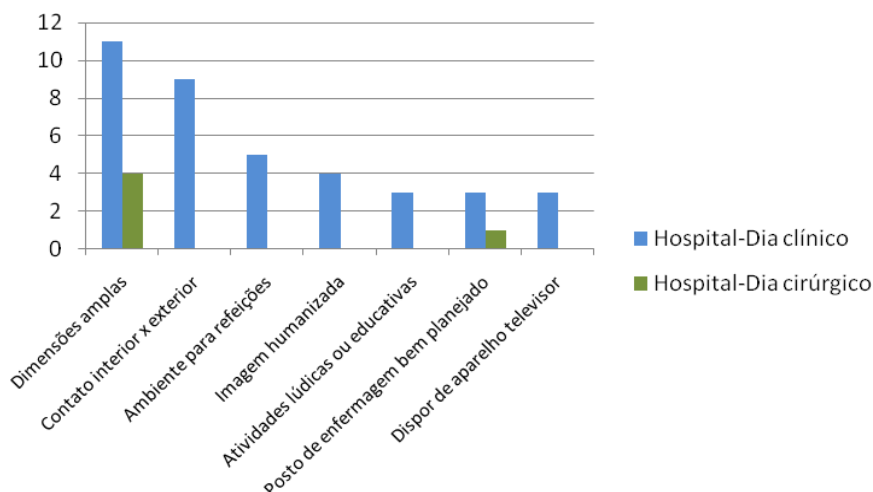


Figura 9 - Aspectos a serem considerados no projeto de futuras unidades

## Fatores determinantes da qualidade ambiental em unidades de hospital-dia

Visando identificar os fatores determinantes da apropriação dos ambientes de hospitais-dia, organizaram-se os resultados obtidos com as visitas exploratórias em quatro categorias. São elas: privacidade, controle das condições ambientais, polivalência e variabilidade da organização e arranjos espaciais.

Esses fatores, especialmente privacidade e controle das condições ambientais, já foram descritos em inúmeras pesquisas anteriores relacionadas ao ambiente de saúde (DEVLIN;

ARNEILL, 2003; EVANS; MCCOY, 1998; NHS, 2005a, 2005b; ULRICH, 1995). Acredita-se, no entanto, que a principal contribuição dessa categorização é refletir a realidade específica dos hospitais-dia, centrando-se nas necessidades deste que é um novo perfil de pacientes. Assim, aspectos como polivalência e variabilidade da organização e arranjos espaciais, não tão comumente citados em pesquisas anteriores, destacaram-se nesse contexto.

Essas categorias estão inter-relacionadas e muitas vezes apresentam-se simultaneamente na vivência de um local, sendo difícil distingui-las. Determinada solução projetual pode impactar positiva ou negativamente em mais de um dos fatores determinantes da qualidade ambiental. Por exemplo, a possibilidade de dispor de som com

fone de ouvido individuais em todos os boxes de tratamento influi na perspectiva de privacidade do paciente, possibilita-lhe algum controle sobre as condições ambientais e lhe dá mais uma alternativa de uso. A categorização constitui, portanto, um esforço teórico no sentido de organizar esses indicadores de qualidade ambiental, apontando alternativas projetuais relacionadas a eles.

Não se pretendeu com isso criar um modelo projetual. Ao contrário, tem-se consciência de que cada projeto demanda soluções específicas e que a inovação é essencial à arquitetura na busca pelo atendimento a tais demandas. Com essas alternativas projetuais, quis-se apenas ilustrar a discussão teórica com possibilidades de intervenção no ambiente, fundamentadas nos dados coletados junto aos usuários.

## Privacidade

A privacidade é um fator importante para a apropriação dos ambientes e relaciona-se à forma como regulamos o acesso dos outros a nós, criando condições propícias à realização de atividades íntimas ou individuais (GIFFORD, 1987; LEE, 1977). Em condições ideais de privacidade, determinamos quando, como e com quem vamos interagir.

Em hospitais-dia, são exemplos de atividades que requerem privacidade: repousar, conversar com acompanhantes, refletir, meditar, relaxar e ler.

A condição ideal de privacidade não é fixa, variando com o perfil do indivíduo e com as circunstâncias. A presença de uma única pessoa pode incomodar em uma atividade íntima como o vestir-se em um ambiente hospitalar. Do mesmo modo, a presença de muitas pessoas pode ser tolerável em uma recepção de um estabelecimento de saúde.

Condições favoráveis de privacidade preservam a identidade, proporcionam alívio emocional e contribuem para que as pessoas se sintam mais predispostas à interação social. Já a falta de privacidade gera impactos negativos sobre o bem-estar, como ansiedade, distração, baixa auto-estima e agressividade (ALVES, 2005; COELHO, 2000).

Em hospitais, a sensação de aglomeração, o dimensionamento inadequado ante a demanda, comum em instituições públicas, a restrição de horários e de condições para acomodar visitas, os elevados níveis de ruído e a impessoalidade no atendimento ao paciente são problemas frequentes em relação à privacidade.

Especialmente em ambientes coletivos, como é comum em hospitais-dia clínicos, costuma haver prejuízos à privacidade do paciente, já que ele fica sujeito a muitos estímulos sonoros, ao convívio forçado com outros e à manipulação pelo *staff* na frente de todos.

Entre as alternativas sugeridas pelos entrevistados, durante as visitas, para melhorar as condições de privacidade em hospitais-dia encontram-se:

- (a) compartimentação do ambiente em grupos reduzidos de poltronas ou leitos – por exemplo, até seis poltronas;
- (b) separações entre as poltronas ou leitos de tratamento criando boxes privativos, por meio de alvenaria, biombo, divisórias retráteis ou cortinas;
- (c) disponibilidade de ambientes de apoio que permitam ao indivíduo estar só ou estar com outros de forma resguardada: sala silenciosa, sala para conversas entre médicos e familiares, capela, entre outros;
- (d) equipamento individualizado de áudio e mídia para cada poltrona ou leito, permitindo ao paciente decidir como, quando e o que deseja assistir ou ouvir;
- (e) separação de fluxos de pacientes, funcionários e materiais, evitando que aqueles entrem em contato com cheiros, sons ou visões indesejáveis;
- (f) ambientes de tratamento separados para crianças e adolescentes, considerando-se a maior necessidade de privacidade desses últimos, bem como os diferentes interesses;
- (g) controle do acesso na recepção, de forma a avisar aos visitantes quando o paciente deseja repousar; e
- (h) criação de anteparos visuais ou ambientes de transição no acesso aos banheiros, para maior privacidade visual, acústica e olfativa.

## Controle das condições ambientais

Além da falta de privacidade, a falta de controle sobre o ambiente é um dos problemas comuns que determina a insatisfação em relação a um hospital. Enquanto a privacidade diz respeito ao acesso ao próprio indivíduo, o controle das condições ambientais está ligado ao espaço estático, externo a ele.

Segundo Evans e McCoy (1998, p. 88), “O controle é definido aqui tanto como o domínio ou a habilidade de alterar o ambiente físico quanto

de regular a exposição do indivíduo ao que lhe cerca”. Através do controle sobre o ambiente, a autonomia e o conforto do paciente são favorecidos, diminuindo a sobrecarga do *staff* e de acompanhantes (DEVLIN; ARNEIL, 2003; NHS, 2005a). O controle das condições ambientais causa impacto em praticamente todas as atividades do cotidiano, como arrumar o ambiente, mudar a posição de um móvel ou ligar a televisão (KOPEC, 2006).

Quando não há condições adequadas de controle, tende a ocorrer estresse ambiental, com diversos impactos negativos, como ansiedade, desânimo, passividade, depressão, perdas no sistema imunológico e elevação da pressão sanguínea (CARPMAN; GRANT, 1993; ULRICH, 1995).

Por exemplo, o próprio estado de saúde dos pacientes muitas vezes aumenta sua sensibilidade para ruídos. No entanto, é difícil assegurar condições de silêncio devido ao barulho originado nos equipamentos, a presença freqüente de muitas pessoas em um ambiente e a própria limitação na disponibilidade de materiais que atendam aos requisitos de assepsia e sejam ao mesmo tempo de grande absorção acústica. A falta de controle sobre os níveis sonoros causa impacto negativo em outra dimensão fenomenológica já comentada: a privacidade do paciente.

O controle das condições ambientais também está relacionado a outro atributo: a variabilidade da organização e dos arranjos espaciais, isto é, dando-se alternativas de ambientes com características variadas como jardins, capelas ou bibliotecas, criam-se locais de refúgio que compensam parcialmente a falta de controle do paciente em relação ao local.

O controle das condições ambientais está ligado ainda à territorialidade, uma vez que também se relaciona ao domínio sobre o lugar, à indicação de posse, à definição de limites e à manifestação da personalidade do indivíduo. Por exemplo, se o hospital não oferece um armário com tranca para o paciente guardar objetos pessoais e/ou prateleiras e criado-mudo para expô-los, ele pode não se sentir estimulado em trazê-los para o hospital. Isso dificulta ao paciente ter consigo pertences relacionados a sua história, que poderiam contribuir para a personalização do local e sua identificação com ele.

Entre as alternativas para melhorar as condições de controle de hospitais-dia pelo paciente encontram-se:

(a) instalar maçanetas de aberturas e esquadrias fáceis de utilizar;

(b) ter mobiliário fácil de movimentar e de utilizar;

(c) prever guarda-volumes junto ao posto de enfermagem ou recepção, ou ainda um móvel junto à poltrona do paciente para a armazenagem de objetos pessoais;

(d) prever fechadura para que o paciente sinta-se seguro quanto aos seus pertences;

(e) prever locais onde se possa expor objetos pessoais, como criado-mudo ou prateleiras;

(f) adequar o ambiente a sua utilização por pessoas com necessidades especiais;

(g) localizar tomadas, interruptores, botão para chamada de *staff*, controle para televisão e para ar-condicionado, entre outros recursos, próximo ao leito ou às poltronas de tratamento; e

(h) disponibilizar sistema de televisão e áudio com fones de ouvido individuais para cada paciente.

## Polivalência

A polivalência ou polifuncionalidade poderia ser definida como a capacitação do ambiente por meio de infra-estrutura, mobiliário e equipamentos, ao desenvolvimento de atividades variadas de interesse dos usuários. Além de abrigar funções essenciais como a realização de cuidados à saúde do paciente, deve-se buscar planejar os hospitais-dia de forma a dar suporte à diversidade de usos e de usuários.

Segundo Mahfuz (1986), os ambientes não deveriam ser pensados para uma única função, já que a vivência humana é complexa e variada. Além disso, para o autor, o desenvolvimento de projetos arquitetônicos não deve centrar-se no binômio espaço/função, mas sim no indivíduo e em suas aspirações, para além das questões mínimas programáticas.

Para Coelho (2000), a humanização do ambiente deve se expressar em uma configuração que abarque não apenas as atividades técnicas, mas também aquelas mais intimistas, e em uma imagem que não seja exclusivamente determinada pelo conteúdo funcional.

A qualidade do ambiente como um todo contribui para a polivalência, já que aspectos como o conforto ambiental, a disposição e a adequação do mobiliário, e o dimensionamento e arranjo dos ambientes potencializam ou não a realização de determinadas atividades.

As visitas às unidades de hospital-dia mostraram que, em geral, há poucas alternativas de usos

nesses locais, sendo predominante sua organização de forma a permitir quase que exclusivamente as práticas terapêuticas. Embora tenha sido levantada uma grande variedade de atividades pelos entrevistados, verifica-se que elas costumam acontecer apenas esporadicamente e que, em geral, o ambiente não lhes dá suporte.

Seguem alguns exemplos de aspectos recomendados pelos entrevistados que contribuem para a polivalência de unidades de hospital-dia:

- (a) dispor de suporte horizontal – mesa ou bancada – para a realização de refeições, atividades manuais, apoio para computador e livros, etc.;
- (b) prever iluminação natural e artificial para tarefas de maior acuidade visual, como leitura e trabalhos manuais;
- (c) disponibilizar computador para uso dos pacientes ou conexão com a internet, considerando-se que parte deles utiliza notebook, mesmo em instituições públicas;
- (d) disponibilizar facilidades de apoio aos pacientes e visitantes, seja na sala de tratamento, seja fora dela, como biblioteca ou carrinhos móveis com livros, restaurante, café, copa ou móvel dentro do salão de tratamento, onde se possa preparar um lanche, e brinquedoteca em unidades pediátricas, entre outros;
- (e) dimensionar adequadamente os boxes de tratamento, de forma a permitir a movimentação dos pacientes e a acomodação de visitantes, sem prejuízos à atuação do *staff*;
- (f) dispor de cadeira confortável para acompanhantes;
- (g) capacitar o ambiente ou a unidade para terapias complementares e alternativas; e
- (h) planejar aberturas em quantidade, dimensionamento, forma e posicionamento, de modo a favorecer o contato com o exterior e proporcionar visuais agradáveis.

## Variabilidade da organização e arranjos espaciais

As pessoas têm necessidades diferenciadas em relação ao espaço. Algumas podem demandar maior privacidade, enquanto outras podem desejar desenvolver atividades coletivas. Por meio da variabilidade da organização e arranjos ambientais, pode-se criar diferentes oportunidades de uso dos ambientes, favorecendo seu ajuste às necessidades dos usuários.

A variabilidade da organização e dos arranjos espaciais consiste em dar escolhas ao usuário, permitindo a ele melhor expressar suas necessidades. Por exemplo, o paciente deveria poder escolher se quer estar acordado, sentado em uma poltrona, ou se prefere repousar, deitando-se em um leito.

Uma alternativa é priorizar a flexibilidade dos ambientes, *layout* e mobiliário, possibilitando em um mesmo local a manifestação de diferentes atividades. Mais uma alternativa é prover o hospital com ambientes variados para usos diversos: alguns para o convívio e outros para o isolamento, abertos e fechados, internos e externos, entre outros. Não necessariamente todas as atividades de distração positiva deverão acontecer nas áreas de tratamento. Por exemplo, pacientes em quimioterapia com frequência sentem náuseas, razão pela qual para esse público pode ser desejável ter um ambiente anexo para refeições, de forma a evitar odores de alimentos dentro do salão de medicação.

Já que se relaciona às opções de escolha e adaptações do ambiente, a variabilidade da organização e dos arranjos espaciais diz respeito também ao controle das condições ambientais. Além disso, tendo em vista que potencializa acomodar necessidades distintas como intimidade e convívio social, a variabilidade da organização e dos arranjos espaciais se relaciona ainda à privacidade.

Entre as recomendações direcionadas à variabilidade da organização e dos arranjos espaciais verificadas nas visitas feitas às unidades de hospital-dia, incluem-se:

- (a) disponibilizar poltronas e leitos no salão de medicação;
- (b) prever ambientes privativos e coletivos, seja para o tratamento propriamente dito, seja para as outras atividades. Uma alternativa é compartimentar o salão de medicação por meio de boxes privativos, que possibilitem ao paciente controlar a divisória, recolhendo-a quando desejarem interagir;
- (c) prever ambientes para usos variados, como sala silenciosa, ambiente para meditação ou para práticas religiosas, biblioteca, bistrô, café, restaurante, copa, lojas, centro de *wellness*, entre outros; e
- (d) prever jardins internos e externos que possibilitem ao paciente realizar o tratamento, refeições, caminhadas e receber visitas ao ar livre.

## Conclusão

As visitas exploratórias permitiram avançar no entendimento dos hospitais-dia, evidenciando diferenças expressivas entre as unidades clínicas e cirúrgicas. Para as unidades cirúrgicas, o paciente só vai uma única vez e permanece o tempo mínimo necessário para realizar a cirurgia e recuperar-se. As unidades clínicas, por sua vez, estão relacionadas a um novo perfil de pacientes: indivíduos que necessitam medicar-se, utilizando o ambiente de saúde com regularidade e por períodos prolongados, mas que não precisam ser hospitalizados. Distinguem-se do paciente ambulatorial, que permanece pouco tempo na unidade e não retorna com tanta frequência. Também se distinguem do paciente de internação ou UTI, o qual em geral está muito debilitado e por vezes inconsciente. Em sua maioria, os pacientes de setores de hospital-dia clínicos são ambulantes e conscientes, e apresentam-se em condições de desenvolver atividades variadas.

Assim, esse perfil específico de usuários potencializa o aparecimento de novas configurações ambientais favoráveis à apropriação, que lhe possibilitem uma postura mais ativa. Apesar disso, os resultados demonstram que, na maioria das unidades, o ambiente está pouco capacitado para distrações positivas. Em geral, os pacientes são instigados a permanecerem ociosos durante o tratamento. Nem mesmo condições para acomodar visitantes existem em muitos locais, ainda que o suporte social seja de reconhecida relevância para a recuperação da saúde. Nos salões coletivos de tratamento de hospitais-dia clínicos é comum ter como opção de entretenimento apenas uma televisão a ser compartilhada por todos, sendo que a falta de controle sobre a programação e o volume podem fazer com que ela seja percebida como um incômodo.

Buscar melhores condições de privacidade para os pacientes, aumentar seu controle sobre o ambiente, flexibilizar as possibilidades de uso e criar arranjos de mobiliário e ambientes variados e variáveis destacaram-se como possibilidades de qualificar as unidades de hospital-dia, especialmente as clínicas.

Esses indicadores de qualidade ambiental podem ser concretizados por meio de soluções diversas, apontadas pelos entrevistados. Observa-se que estas são, em geral, de execução simples, de baixo custo e diretamente relacionadas à humanização, demandando, sobretudo, uma mudança na forma como administradores e profissionais projetistas percebem o paciente e sua relação com o ambiente.

Os resultados do presente trabalho buscam introduzir o contexto dos hospitais-dia no Brasil, centrando a discussão na vivência dos ambientes pelo paciente. Por seu caráter exploratório, no presente estudo não se aprofundou em uma discussão detalhada de cada uma das unidades, considerando-se as especificidades necessárias ao ambiente para atender a cada uma das especialidades médicas e aos diferentes perfis de pacientes. Nesse sentido, imagina-se que pesquisas futuras, assim como os próprios estudos de caso da tese, ainda a serem desenvolvidos, devem trazer novas contribuições para a discussão do tema.

## Referências bibliográficas

ALVES, Maria Cherubina de Lima. **Apropriação do Espaço: vivências dos pacientes hospitalizados**. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2005.

CABE. **Designed with Care: design and neighborhood healthcare buildings**. Londres, 2006. 60 p. Disponível em: <[www.cabe.org.uk/assetlibrary/4349.pdf](http://www.cabe.org.uk/assetlibrary/4349.pdf)>. Acesso em: 30 mar. 2009.

CARPMAN, Janet R.; GRANT, Myron. **Design that Cares: planning health facilities for patients and visitors**. Baskerville: American Hospital Publishing, 1993.

CHAUDHURY, Habib; MAHMOOD, Atiya; VALENTE, Maria. Advantages and Disadvantages of Single Versus Multiple-Occupancy Rooms in Acute Care Environments: a review and analysis of the literature. **Environment and Behavior**, v. 37, n. 6, p. 760-786, nov. 2005.

COELHO, António Baptista. **Qualidade Arquitectónica Residencial: rumos e factores de análise**. Lisboa: LNEC, 2000.

DEVLIN, Ann Sloan; ARNEILL, Allison B. Health Care Environments and Patient Outcomes: a review of literature. **Environment and Behavior**, v. 35, n. 5, p. 665-694, set. 2003.

EVANS, Gary; MCCOY, Janetta Mitchell. When Buildings don't Work: the role of architecture in human health. **Journal of Environmental Psychology**, n. 18, p. 85-94, mar. 1998.

FISCHER, Gustave-N. **Psicologia social do Ambiente**. Lisboa: Instituto Piaget, 1984.

GIFFORD, Robert. **Environmental Psychology**: principles and practice. Boston: Allyn and Bacon, 1987.

HEIMSTRA, Norman W.; MCFARLING, Leslie H. **Psicologia Ambiental**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1978.

KOPEC, Dak. **Environmental Psychology for Design**. Nova York: Fairchild Publications, 2006.

LEE, Terence. **Psicologia e Meio Ambiente**. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

MAHFUZ, Edson da Cunha. Os Conceitos de Polifuncionalidade, Autonomia e Contextualismo e suas Consequências para o Ensino de Projeto Arquitetônico. In: COMAS, Carlos Eduardo (org.). **Projeto Arquitetônico**: disciplina em crise, disciplina em renovação. São Paulo: Projeto, 1986.

NHS. **AEDET Evolution**: Achieving Excellence Design Evaluation Toolkit: instructions, scoring and guidance. 2005a. Disponível em: <[http://www.dh.gov.uk/en/Procurementandproposals/Publicprivatepartnership/Privatefinanceinitiative/InvestmentGuidanceRouteMap/DH\\_4132945](http://www.dh.gov.uk/en/Procurementandproposals/Publicprivatepartnership/Privatefinanceinitiative/InvestmentGuidanceRouteMap/DH_4132945)>. Acesso em: 31 mar. 2009.

NHS. **ASPECT**: staff and patient environment calibration toolkit 21. 2005b. Disponível em: <<http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics>

>/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\_082087>. Acesso em: 31 mar. 2009.

PREISER, Wolfgang F. E.; VISCHER, Jacqueline C.; WHITE, Edward T. **Design Intervention**: toward a more humane architecture. Nova York: Van Nostrand de Reinhold, 1991.

RAWLINGS, T. Scott. Extending Hospitality: consumer-focused health care environments go beyond hotel-like facilities. **Medical Construction & Design**, v. 2, n.1, jan./feb. 2006.

SOMMER, Robert. **Espaço Pessoal**: as bases comportamentais de projetos e planejamentos. São Paulo: EPU, 1973.

SOMMER, Barbara; SOMMER, Robert. **Tools and Techniques**. Nova York: Oxford University Press, 1997.

ULRICH, Roger. Effects of Healthcare Interior design on Wellness: theory and recent scientific research. In: MARBERRY, Sara O. **Innovations in Healthcare Design**. Nova York: Van Nostrand Reinhold, 1995. p. 88–104.

ULRICH, Roger; ZIMRING, Craig. **The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century**: an once-in-a-life-time opportunity. Concórdia, Califórnia, set. 2004, 69 p. Disponível em: <[www.healthdesign.org](http://www.healthdesign.org)>. Acesso em: 5 jun. 2007.